

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

JEFE DE CONTROL INTERNO O QUIEN HAGA SUS VECES	DIANA LISETH ROA MANRIQUE	Periodo evaluado: 01 de Julio a 31 de Octubre de 2017
		Fecha de elaboración: 14 de Noviembre de 2017

El presente informe se presenta con el fin de poner en conocimiento el resultado de la evaluación de las acciones que permiten mantener y sostener el Sistema de Control Interno en el HOSPITAL REGIONAL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN VALLE DE TENZA E.S.E., conforme a los parámetros y directrices establecidos en las normas vigentes que lo regulan, garantizando la permanente actualización, operación y sostenibilidad de cada uno de los elementos y componentes del MECI.

OBJETIVO GENERAL

- Formular el diagnóstico del estado del Modelo Estándar de Control Interno “MECI” en la Institución con el fin de realizar los ajustes correspondientes para articularlo de manera correcta con el Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero del Hospital.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Hacer seguimiento en el cumplimiento del Modelo Estándar de Control Interno “MECI” en la E.S.E. Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza.

INTRODUCCIÓN

El presente informe tiene como propósito presentar el resultado de la evaluación de las acciones que permiten mantener y sostener el Sistema de Control Interno en la E.S.E. Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza, conforme a los parámetros y directrices establecidos en las normas vigentes que lo regulan, garantizando la permanente actualización, operación y sostenibilidad de cada uno de los elementos y componentes del MECI.

Tomando como base lo establecido en el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública y el formato del Informe Ejecutivo Anual de Control Interno, a través de la Evaluación y seguimiento al Sistema de Control Interno y al de Gestión de Calidad, entendiéndose

que no basta con documentar la implementación de cada elemento y componente del MECI en la entidad, sino que además se hace necesario garantizar que dichos elementos estén operando y que sean sostenibles en el tiempo, así como monitorear que el Sistema de Control Interno se esté desarrollando en forma integral y sistémica, entendiendo que un Sistema de Control Interno debe concebirse como la articulación de los módulos: Control de Planeación y Gestión, Control de Evaluación y Seguimiento. Seis (6) componentes, trece (13) elementos y un Eje transversal enfocado a la información y comunicación que siguen siendo la base para un control efectivo en una administración pública y se sostiene en el principio de Autocontrol.

JUSTIFICACIÓN

El Departamento Administrativo de la Función “DAFP” mediante Decreto No 943 de 2014, actualiza el Modelo Estándar de Control Interno “MECI”.

De conformidad a la Ley 87 de 1993, Decreto 1537 de 2001 y demás normas reglamentarias, le corresponde a las oficinas de Control Interno evaluar y hacer seguimiento a los procesos, procedimientos y realizar diagnóstico del Modelo Estándar de Control Interno MECI al interior de la E.S.E. Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza. El Modelo Estándar de Control Interno concibe el Control interno como un conjunto de elementos interrelacionados, donde intervienen todos los servidores de la E.S.E., como responsables del control en el ejercicio de sus actividades, garantizando el cumplimiento de los objetivos misionales y los fines esenciales del estado.

PORMENORES

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN:

Se realiza la implementación del procedimiento de evaluación de los avances existentes en el Hospital en cuanto al desarrollo e implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y sobre la administración por procesos.

Debido a lo anterior, fue necesario desplegar un procedimiento de evaluación que permitiera determinar el estado real de avance de los procesos y su sistema correspondiente de control.

Al respecto procedí a revisar las áreas de la institución, principalmente en lo que corresponde a la parte administrativa de la misma y algunos procesos asistenciales contando con el apoyo de Grupo de Calidad del Hospital.

Se revisaron documentos, manuales y protocolos establecidos en la entidad, evidenciando que algunos se encuentran desactualizados. Adicionalmente se hizo revisión de adherencia a lo que dicen dichos documentos.

MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

Avances

- La ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza, implementa el Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero aprobado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, dando cumplimiento a las medidas establecidas y generando a su vez un diagnóstico del estado de cumplimiento del mismo para realizar el ajuste correspondiente en la próxima vigencia.
- Se realiza el saneamiento de pasivos de la ESE, teniendo en cuenta el plan de pagos aprobado dentro del Plan de Saneamiento y para el cual se recibieron los recursos por parte de la Gobernación de Boyacá.
- La ESE presentó el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad el cual fue aprobado según concepto favorable de la Secretaría de Salud del Departamento de Boyacá y realiza los seguimientos correspondientes.
- Se cuenta con la Plataforma Estratégica en cuanto a la Misión, Visión, Objetivos, Valores Institucionales, Estructura Organizacional actualizada y se encuentra en proceso de actualización de procesos administrativos que requieren dicha modificación por parte de los funcionarios responsables de los procesos, así como también las Guías de manejo y Protocolos de Atención.
- Se implementó el software de facturación ROCKY para los servicios de primer nivel en las ocho (08) sedes de la ESE, con el fin de identificar los servicios de primer y segundo nivel prestados y así lograr un mayor control de ingreso y gasto en cada uno de ellos.

Debilidades

- Aun cuando se cuenta con los Procesos y procedimientos administrativos y asistenciales documentados, estos no se encuentran acordes con las actividades que se realizan en la entidad. Es indispensable actualizar el documento de acuerdo a las actividades, vinculando cada uno de los procesos que se realizan en las ocho (08) sedes de la institución, generar el acto administrativo por medio del cual la ESE adopte estos procesos y socializarlos a los funcionarios y prestadores de servicios de la entidad.
- Aun cuando existe el Reglamento interno de trabajo, se requiere que este sea actualizado de acuerdo a la normatividad vigente y así mismo en concordancia con las convenciones colectivas que se tienen establecidas para los sindicatos existentes en la institución como son Sindess y Anthoc.

- No se ha reglamentado para su posterior implementación el proceso de Gestión documental en la ESE, siendo este un proceso indispensable para efectos del control de la información.
- Se requiere fortalecer el proceso de custodia del archivo documental existente mediante tablas de retención, las cuales determinan la forma y plazos para los archivos documentales, excepción hecha de las Historias Clínicas, las cuales se rigen por lo establecido en la Resolución 1995 de 1999, y aquellas normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.
- Se requiere que sea implementada la Política de Racionalización de Trámites, dentro de la cual se deben inscribir como mínimo los nueve (9) trámites de atención al ciudadano de la entidad establecidos para las Empresas o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el aplicativo Sistema Único de Información de Trámites SUIT asignado por el DAFP. Lo anterior en cumplimiento del Decreto 019 de 2012.
- Incumplimiento de la normatividad Circular 0016 de 2015 por parte de las EPS, en cuanto a los plazos establecidos para la cancelación de los servicios prestados.
- Debido a la ausencia de procesos administrativos principales, no se cuenta con una política clara en materia de contratación con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, lo cual genera posibles riesgos financieros.

MODULO DE CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Fortalezas

- Se realiza verificación y seguimiento al proceso realizado de invitación pública de contratación para los diferentes procesos de funcionamiento, producción, comercialización, en cumplimiento del objeto contractual de la entidad y lo establecido en el manual de contratación.
- Se realizan Auditorías teniendo en cuenta la normatividad vigente.
- Publicación y envío oportuno de la Circular 030 SISPRO.
- La oficina de control interno presenta informe pormenorizado de control interno para el periodo comprendido de Marzo a Junio de 2017, el cual fue publicado en la página web institucional, así mismo verifica y hace revisión de cumplimiento de informes a antes de control.
- Se realizan auditorías a los procesos de facturación, tesorería y referencia de la ESE y se establecen compromisos.
- Se realiza acompañamiento, seguimiento y verificación a los servicios, se verifican cumplimientos de entrega oportuna de los diferentes INFORMES como son entre otros el cargue y actualización de la información solicitada mediante Decreto 2193 De 2004 Ministerio De Protección Social En Salud,

Informes Circular Única – Superintendencia Nacional De Salud, Informes Convenio De Desempeño 0386 De 2004, Rendición De Cuenta - Contraloría Departamental De Boyacá, Informes Chip – Contaduría General De La Nación, Circular 030 – Superintendencia Nacional De Salud, Informes Sismed – Superintendencia De Industria Y Comercio, Informes Medico – Asistenciales, Informes De Contratación – Contraloría Departamental De Boyacá SIA Observa y aplicativo Secop, Declaraciones Tributarias – Dian, Informes Rips, Entre Otros.

Debilidades

- La ESE se encuentra realizando la actualización de los procesos administrativos de acuerdo a las actividades que ahora se realizan en cada dependencia, esto teniendo en cuenta los cambios normativos y la actualización e implementación de políticas internas de la ESE.
- Se encuentran pendientes de cargue y actualización los tramites de prestación de servicios en el aplicativo SUIT establecido por el DAFP y en la página web institucional.
- Pendiente socialización Plan Anticorrupción vigencia 2017.
- Existen limitantes en el proceso de realización de auditorías que generan grandes dificultades para lograr abarcar el Sistema de Control Interno en su totalidad, debido a que no se cuenta con un equipo interdisciplinario de apoyo a esta dependencia (una sola persona responsable del área) y además de esto la ESE cuenta con ocho sedes las cuales se encuentran retiradas (a largas distancias) de la sede principal y el acceso y transporte es insuficiente a la mayoría de ellas, así mismo debido al gran volumen de procesos y subprocesos que maneja la entidad es necesario priorizar las que se requieren para los armados y envíos de informes que son responsabilidad de presentarse por parte de este ente de control.
- No se ha realizado el proceso de sistematización en la sede de Guateque toda vez que se ha logrado un avance significativo del proceso en la sede Garagoa y se hace necesario unificar los procesos en las 2 sedes de segundo nivel, con el fin de lograr el 100% de la implementación, adopción y adaptación por parte de los funcionarios de la ESE.
- La estructura documental no es clara y orientada, dificultando la realización de las Auditorias, toda vez que no cuenta con documentos de reglamentación claros aprobados ante Directivas, que permitan guiar un adecuado proceso de auditoría, por lo tanto se acude a normatividad legal vigente y reglamentada en la materia para verificación. Aun cuando se establecen compromisos y planes de mejora con los servicios, el no tener procedimientos claros asignados adecuadamente a los funcionarios que se encuentran en misión a través de la empresa outsourcing, limita el cumplimiento a los mismos. Se recomienda determinar en conjunto con la empresa Outsourcing que presta servicios misionales asistenciales y administrativos, las funciones y procedimientos a realizar por cada persona asignada para desarrollar labores en la E.S.E.

- Se hace necesario realizar la redistribución de los procedimientos y actividades a realizar en cada área y por cada cargo, esto con el fin de equilibrar cargas laborales, ya que se evidencia que en algunos casos las actividades asignadas son mínimas y en otros las actividades son bastantes y dispendiosas.

EJE TRANSVERSAL INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Fortalezas

- Se cuenta con procesos de comunicación y divulgación de información como son los medios masivos de emisoras radiales, medio por el cual se socializa e informa portafolio de servicios con que cuenta la entidad, el decálogo de derechos y deberes, las modificaciones o novedades presentadas al servicio.
- Se presenta información por medio radial, televisivo, carteleras de publicación institucional y en entidades de mayor circulación como son Alcaldía, Centros de Salud, Personerías, Comisarias, entre otros.
- Se da a conocer la información interna de la ESE mediante circulares, comunicación visual, correos electrónicos, medios de telefonía, comunicación personalizada, página web, redes sociales, boletines de comunicación, periódicos, etc.
- La entidad cuenta con mecanismos de peticiones, quejas y reclamos, los cuales se manejan a través de la Gerencia y la oficina de Trabajo social y se comunica a las diferentes dependencias participantes de los procesos, con el fin de establecer planes de acción y respuestas oportunas y soportadas a las solicitudes realizadas.
- Se cuenta con buzones de sugerencias, de los cuales se realiza proceso de apertura mensual en conjunto de esta dependencia y a las cuales se les da el trámite correspondiente.
- Se realizan de manera periódica encuestas de satisfacción a los usuarios como mecanismo de evaluación al proceso de atención prestada en la institución por parte de la Oficina SIAU. Se cuenta con mecanismos para la recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, necesidades, quejas o reclamos, por parte de la ciudadanía como son las Oficinas de Sistema de Información y Atención Usuario, se realizan socializaciones y capacitaciones a la comunidad mediante Programas Radiales, Asociación de Usuarios y Programas de Televisión.

Debilidades

- No se ha realizado el proceso de sistematización en la sede Guateque con el fin de lograr el 100% de la implementación, adopción y adaptación por parte de los funcionarios de la E.S.E.
- Se debe generar compromiso por parte de las dependencias en la entrega oportuna de documentación e informes internos con el fin de dar oportunidad al procesamiento de consolidación y preparación de la información y reporte final de los informes a entes de control y externos.

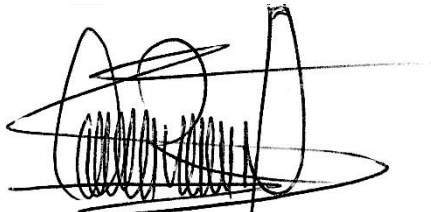
- No se observa el trabajo en conjunto con la empresa Outsourcing que presta servicios misionales asistenciales y administrativos, en donde se determinen y asignen las actividades y procedimientos a realizar por cada persona que se designe para la ESE.
- Los sistemas de información con los que cuenta la ESE no son eficientes, debido a que no existe un banco de información ni en la Gerencia ni en ninguna de las Subgerencias, en el cual se pueda encontrar y consultar con facilidad la información en medio físico y/o magnético.

RECOMENDACIONES:

- Crear la oficina de planeación de la E.S.E., teniendo en cuenta la relevancia de esta dependencia dentro de la organización de la Institución, en cuanto al direccionamiento estratégico, documentación de procesos y manejo adecuado de la información, máxime cuando se debe implementar el Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero, y llevar a cabo cada una de las medidas establecidas en el mismo, compromisos que enmarcan el direccionamiento de la Institución y las actividades que se deben coordinar desde esta dependencia.
- Realizar la actualización de los procesos y procedimientos administrativos de la E.S.E., teniendo en cuenta cargas laborales y las actividades necesarias a realizar en cada área, este proceso lo debe realizar el coordinador de cada dependencia y debe ser verificado por comité de calidad, visado por la subgerencia que corresponda y aprobado por la gerencia para su posterior socialización, ejecución y seguimiento.
- Elaborar los actos administrativos necesarios y actualizar los existentes, con el fin de reglamentar el funcionamiento de los comités existentes en la E.S.E. Cada comité debe reunirse, evaluar y establecer el reglamento por el cual se van a regir y el cual deberán cumplir de manera específica, estos reglamentos deben ser aprobados por el Gerente y posteriormente socializados.
- Revisar y actualizar el reglamento interno de trabajo para los funcionarios de la E.S.E., esta actividad la debe realizar la Subgerencia Administrativa con el apoyo de las oficinas de Recurso Humano y Jurídica de la Institución.
- Establecer en conjunto con la empresa contratista los procedimientos claros y específicos que se contratan para ejecutar en cada área o servicio, por cada una de las personas solicitadas para la realización de las actividades, que permita optimizar procesos y disminuir costos por parte de la entidad y prestar servicios eficientes, humanizados y con calidad. Esta actividad la deben realizar las Subgerencias tanto Administrativa como de Prestación de Servicios y el delegado o delegados por parte de la empresa contratista.
- Reglamentar e implementar el proceso de Gestión Documental en la ESE dando cumplimiento a la normatividad vigente y garantizando tanto el

control y la existencia de la información como la veracidad de la misma y la responsabilidad de las fuentes de la información.

- Documentar y reglamentar las políticas de archivo de la Institución y asignar la responsabilidad de la correspondencia y archivo de la documentación por medio de actos administrativos, esta actividad la debe realizar la Subgerencia Administrativa con su equipo de trabajo y las políticas deben ser aprobadas por la Gerencia y socializadas.
- Al igual que los procesos asistenciales y administrativos se deben establecer los procesos financieros de la E.S.E., aclarando actividades específicas de cada cargo debido a la responsabilidad de la información que se debe consolidar, organizar y presentar a los entes de control, esta actividad va en cabeza de la Subgerencia Administrativa y Financiera en conjunto con el Contador Público de la E.S.E.
- Retomar y actualizar el estudio técnico y financiero que soporta la creación de la planta temporal de la E.S.E., esta actividad está a cargo de la Subgerencia Administrativa y su equipo de trabajo.
- Generar compromiso en la entrega oportuna de documentación e informes internos con el fin de dar oportunidad al procesamiento de la información y reporte final de los informes a entes de control y externos.
- Realizar el proceso de sistematización de la sede de Guatemala con el fin de lograr el 100% de implementación, adopción y adaptación del software y la unificación de procesos en las 2 sedes de segundo nivel.
- Dar cumplimiento a la generación e implementación de la Política de Racionalización de tramites Decreto 019 de 2012.
- Dar cumplimiento a la Circular 009 de 2015 de la Superintendencia Nacional de Salud.



DIANA LISETH ROA MANRIQUE
Asesora Oficina de Control Interno
A 31 de Octubre de 2017